

社會安全局 重要通知



本說明僅供參考。請不要填寫如下各頁，這不是申請表。

我們的檔案紀錄顯示您可能符合取得處方藥品補助的資格。

一項新的聯邦醫療保險（Medicare）處方藥品計劃將在不久生效。該計劃將讓您選擇各種不同類型的處方藥品計劃。

同時，您可能也有資格獲得與該新計劃相關的年繳扣除額、保險費以及共付額等方面的補助，平均補助金額大約兩千一百美元。

在我們向您提供補助之前，您必須盡快將填好的申請表置於隨信附送的信封內寄回給我們。此外，您也可以自 2005 年 7 月 1 日起，透過網站 www.socialsecurity.gov 填寫線上申請表。我們審核您的申請表後，會寄信告知您是否符合補助的條件。我們還將寄給您有關 Medicare 處方藥品計劃的資訊，並告知您下一步的行動步驟。

如果您需要幫助填寫申請表，請撥打電話 **1-800-772-1213** (TTY **1-800-325-0778**) 與社會安全局聯繫。詳情請登錄 www.socialsecurity.gov。

欲瞭解有關新聯邦醫療保險（Medicare）處方藥品計劃的資訊，請撥打 **1-800-MEDICARE** (TTY **1-877-486-2048**) 或登錄 www.medicare.gov。

請您今天就將您的申請表郵寄給我們，以便我們更快地決定您是否符合補助的條件。


Jo Anne B. Barnhart

珠安·班哈特
社會安全局總署長

聯邦醫療保險 Medicare 處方藥品計劃 補助申請表填寫說明



向您提供藥費補助

華語申請者特別說明

爲了盡可能快速有效地處理提交的申請，我們將使用可由電腦讀取的申請表。遺憾的是，我們的電腦無法讀取中文。因此，您需要填寫英語或西班牙語版本的申請表。

此表格已被翻譯成中文以幫助您填寫。但是，您仍需要在另一張英語或西班牙語版本的申請表上輸入每一個問題的答案。請謹記在填妥的申請表上署名。

此說明頁非申請表內容。

您（或您幫助申請的人）是否同時擁有聯邦醫療保險（Medicare）與社會安全生活補助金（SSI）、聯邦醫療保險（Medicare）與醫療補助保險（Medicaid）、或者由您所在州的政府支付您的聯邦醫療保險（Medicare）保險費？

如果回答「是」，請勿填寫此申請表，因爲您將自動獲得補助。您將另外收到一封信，信中將告訴您如何取得補助。如果回答「否」或「不確定」，請填寫此申請表。在填寫此申請表前，請閱讀下列說明與指南。除有特別注明外，請填寫所有問題。

如何填寫此申請表

- 使用黑色墨水或 2 號鉛筆；
- 請在方框內書寫數字、字母與畫「X」；
- 輸入金額時請勿使用貨幣單位符號。貨幣單位符號均已預先列印；並且
- 以元爲最小單位，分值四捨五入。

★ 範例:

請在方框內畫 X，切勿填塗或勾選。



正確



不正確

如果您是幫助其他人填寫此申請表

請按照被幫助人的情況填寫此申請表。您必須知道被幫助人的社會福利號碼與經濟情況。同時請填寫第 6 頁的 B 部分。

自己填寫申請

您可以透過網站 www.socialsecurity.gov 線上填寫申請表，或使用隨信附送的回郵信封，將您填妥並簽名的申請表寄回給我們。地址是：

**Social Security Administration
Wilkes-Barre Data Operations Center
P.O. Box 1020
Wilkes-Barre, PA 18767-9910**

請使用隨信附送的回郵信封將全部材料寄回。請勿夾寄任何附件。如果我們需要諸如金融機構的報表等更多資訊，我們將與您聯繫。

如果您在填寫此表時有問題或需要幫助

您可以撥打免費電話 **1-800-772-1213** 與我們聯繫，或者如果您有聽覺障礙，您可以撥打 TTY 電話 **1-800-325-0778** 與我們聯繫。



中文說明，請勿填寫。這不是申請表。

4.請在下列方框中輸入您、您的配偶（如果與您共同生活）或你們兩人的銀行帳戶、投資或現金的總金額，包括你們兩人中任何一人與他人共有的財產。（請填寫美元數字，不要包括帳號。）如果您或您的配偶（如果共同生活）既不單獨也不與他人共同擁有上面所列各項財產，請在「無」框內畫 ☒。

• 銀行帳戶（支票、活期存款與定期存單）	<input type="checkbox"/> 無	\$ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
• 股票、債券、儲蓄公債、共同基金、個人退休金帳戶或其他類似投資	<input type="checkbox"/> 無	\$ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
• 在家中或其他地方存放的任何其他現金	<input type="checkbox"/> 無	\$ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

5.您（或與您共同生活的配偶）是否擁有總面值 1,500 美元或以上的人壽保險單？請就您及與您共同生活的配偶的情況分別回答。如果您與配偶的回答均為「否」，請進入第 6 個問題。

您： 是 否

配偶（如果共同生活）： 是 否

如果您或配偶中有一個回答為「是」，則如果您現在將您的保險單兌現，您將得到多少錢現金？（請注意：這不是指您保險單的面值。您可能需要打電話給您的保險公司請他們幫助您回答這個問題。）請輸入金額。

\$, .

6.您是否打算使用第 4 或 第 5 題中所列的資金支付自己（或共同生活的配偶）的喪葬費用？

您： 是 否

配偶（如果共同生活）： 是 否

7.除了您的住宅及其所處地產外，您（或與您共同生活的配偶）是否擁有任何不動產？

是 否



中文說明，請勿填寫。這不是申請表。

8. 您的居住情況可能會影響到您所能獲得的補助金額。因此，我們需要知道有多少位親屬與您（以及您的配偶）生活在一起，並依靠您或您的配偶向他們提供至少一半的經濟資助。親屬的範圍可包括任何與您有血親、姻親或收養關係的人。

有多少位親屬與您及您的配偶生活在一起，並依靠您或您的配偶向他們提供至少一半的經濟資助？該數字不應包括您自己或您的配偶在內。（僅可在一個方框內畫☑。）

<input type="checkbox"/>									
無	1	2	3	4	5	6	7	8	9 或更多

9. 如果您（或與您共同生活的配偶）有下列的收入來源，請輸入月收入總額。如果每月的金額不同，則請在適當的方框內輸入去年的月平均收入金額。請勿將工資、自我僱傭收入、利息收入、政府援助金、醫療返還金或看護費用列入其中。如果您或您的配偶在下列來源中無任何收入，則請在方框「無」內畫☑。

• 社會安全福利	我們將使用我們檔案中的數額。	
• 鐵路退休金	<input type="checkbox"/> 無	\$ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
• 退役軍人保障金	<input type="checkbox"/> 無	\$ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
• 其他養老金或退休金（不包括您在問題 4 中已計入的各項資金）	<input type="checkbox"/> 無	\$ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
上面未列出的其他收入，包括離婚或分居後的撫養費、房租淨收入、工傷賠償等（請說明）： _____	<input type="checkbox"/> 無	\$ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

10. 您在第 9 題中所列的收入金額在過去的兩年中是否曾下降？

是 否

11. 是否有人向您（或您共同生活的配偶）提供或幫助您支付下列任何家居費用，包括食品、抵押金、房租、燃油或燃氣取暖費、電費、水費以及財產稅？（請勿將糧食券、房屋修理費、住房管理機構的援助、能源援助計劃提供的援助、上門送餐服務，或者治療與藥品方面的幫助包括在內。）

是 否

如果您在方框「是」內畫☑，則請輸入每月的金額；如果每月的金額不同，則請輸入去年的月平均金額。

\$, .



中文說明，請勿填寫。這不是申請表。

- 如果您是單身、離異、分居或鰥居、寡居，並且在過去的兩年中未曾工作，請跳過問題 12 – 16，而轉入第 6 頁。
- 如果您已婚並與配偶共同生活，並且夫妻雙方在過去的兩年中均未曾工作，請跳過問題 12 – 16，而轉入第 6 頁。

12. 您預計自己今年的稅前工資是多少？

您： 無 \$, .

配偶（如果共同生活）： 無 \$, .

13. 如果您是自我僱傭者，預計您今年的淨收入或淨損失是多少？

您： 無 \$, .

配偶（如果共同生活）： 無 \$, .

如果您或您的配偶預計有淨損失，請在此處畫 。 您： 配偶（如果共同生活）：

14. 您在第 12 題或第 13 題 中所列的收入金額在過去的兩年中是否曾下降？

是 否

15. 如果您（或與您共同生活的配偶）最近停止工作或計劃停止工作，請輸入停止工作的年份與月份。

★ 範例:

填寫 1 至 9 月時，請在第一個方框內填寫零 (0)。	<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="5"/> - <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="6"/>
	月份 年份

您：
月份 年份

配偶：
(如果共同生活) 月份 年份

- 如您是單身、離異、分居或鰥居、寡居或年滿 65 歲，請跳過問題 16 轉入第 6 頁。
- 如您已婚並與您的配偶共同生活，並且夫妻兩人均已年滿 65 歲，請跳過問題 16 轉入第 6 頁。

16. 您（或與您共同生活的配偶）是否為使自己能從事工作而支付相關費用？如果您因殘障或視障而領取社會安全福利，但仍參加工作，並且因而需支付與工作相關且未得到報銷的費用，我們將根據收入限制標準，只計算您工作的部分收入。此類費用包括：愛滋病、癌症、抑鬱症或癲癇症的治療與藥品費用、輪椅費用、護理服務費用、車輛改裝費用、司機幫助費用或其他與工作相關的專門交通需要費用、與工作相關的技術輔助費用、導盲犬的費用、感測器與視力輔助費用，以及盲文翻譯費用。

您： 是 否 配偶（如果共同生活）： 是 否



中文說明，請勿填寫。這不是申請表。

您的簽名：	您配偶的簽名：	電話號碼： () -
您的住址：		公寓號碼：
市：	州：	郵遞區號：
您的通訊地址（如果與住址不同）		公寓號碼：
市：	州：	郵遞區號：

簽名

我/我們瞭解，提交此申請表即表示我/我們聲明已經對此表上的所有資訊進行了核對，並且據我/我們所知，以上資訊是真實和準確的。如果提供虛假資訊，我/我們將受到偽證懲罰條款的處罰。我/我們瞭解：任何人在知或應知的情況下就該資訊事實提供虛假或誤導性陳述，即為犯罪行為，可能要單處或並處以監禁與其他處罰。我/我們瞭解：社會安全局 (SSA) 將對我/我們的陳述進行查核，並與包括國內稅務局在內的聯邦、州及地方政府機構的檔案紀錄進行比對，以確保做出正確的決定。透過提交此申請表，我/我們授權 SSA 依照相關的隱私權法律，可獲得並透露與我/我們在國內外的收入、資源與財產等相關的資訊。此類資訊可以包括但不限於有關我/我們工資、帳戶餘額、投資、保險單、福利以及養老金等方面的資訊。請填寫A部分。如果您無法簽名，可由他人代表您簽名。如果是由他人幫助您填寫，則請填表人同時填寫B部分。

A部分

如果您最近更改地址，請在此處畫 。

如果您希望我們在有其他問題時與您的代表人聯繫，請將此人的姓名及其日間電話號碼提供給我們。

正楷名：	正楷姓：	電話號碼： () -
------	------	----------------

B部分

如果您正在幫助他人填寫此表，請在說明您情況的方框內畫 ，並將您的日間電話號碼與地址提供給我們。

<input type="checkbox"/> 家人	<input type="checkbox"/> 律師	<input type="checkbox"/> 其他代理人	<input type="checkbox"/> 其他 說明：_____
<input type="checkbox"/> 朋友	<input type="checkbox"/> 機構	<input type="checkbox"/> 社工	_____

正楷名：	正楷姓：	電話號碼： () -
街道地址：		公寓號碼：
市：	州：	郵遞區號：



中文說明，請勿填寫。這不是申請表。

隱私權法減少紙上作業法聲明

根據《社會安全法》第 1860 D-14 節的規定，社會安全局（SSA）有權收集此表格上所要求的資訊。SSA 將使用您所提供的資訊以決定您是否有資格獲得聯邦醫療保險（Medicare）處方藥品計劃藥費補助。您並非必須向我們提供所需的資訊。但是，如果您不提供該資訊，我們就將無法對您的申請做出準確與及時的決定。我們可能會將自此表上收集到的資訊提供給聯邦、州或地方政府有關機構，以幫助我們決定您是否具有獲得該補助的資格。同時，我們會根據聯邦法律的要求而透露此資訊。

我們可能會用您向我們提供的資訊進行電腦檔案比對。比對程式將會把我們的檔案紀錄與其他聯邦、州或地方政府機構的檔案紀錄進行分析比較。許多機構都可能會利用比對程式以查找或證實一個人具備領取聯邦政府有關福利的資格。即使未取得您的同意，法律也允許我們這樣做。您可向任何社會安全辦事處索取我們可能使用或透露您提供的資訊之理由。如果您想進一步瞭解這方面的資訊，請與社區附近的社會安全辦事處聯繫。

《減少紙上作業法》聲明——依據 1995 年通過的《減少紙上作業法》第 2 節修正案，本資訊的收集符合該法之 44 U.S.C. § 3507 的規定。除非我們出示了管理與預算局（Office of Management and Budget）之有效的控制號碼，否則您不需要回答這些問題。我們估計，閱讀說明、收集資料並回答這些問題可能需要花 35 分鐘的時間。您可以將您對我們上面所做時間估計的評論寄給我們至：Social Security Administration, 1338 Annex Building, Baltimore, MD 21235-6401。僅需郵寄與我們的時間估計相關的評論至該地址，請勿將填妥的申請表郵寄到該處。

請按照隨信附送的回郵信封上預先列印好的地址將填妥的申請表郵寄給我們：

**Social Security Administration
Wilkes-Barre Data Operations Center
P.O. Box 1020
Wilkes-Barre, PA 18767-9910**